

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL EN LA CIUDAD DE MONTERÍA. 2020

ANA DANIELA GALVIS ARCIRIA  
KEYLA DEL CARMEN FLOREZ RAMIREZ  
LIGIA ISABEL HERAZO GOMEZ  
PAULA ANDREA GONZALEZ BERROCAL  
YOHEMI GONZALEZ PALACIO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA  
MONTERÍA.  
2020

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL EN LA CIUDAD DE MONTERÍA. 2020

ANA DANIELA GALVIS ARCIRIA  
KEYLA DEL CARMEN FLOREZ RAMIREZ  
LIGIA ISABEL HERAZO GOMEZ  
PAULA ANDREA GONZALEZ BERROCAL  
YOHEMI GONZALEZ PALACIO

Trabajo de grado para optar por el título de Tecnólogo(a) en Regente de Farmacia

**Asesor temático**

Hiltony Stanley Villa Dangond  
Químico Farmacéutico  
MSc. Atención farmacéutica

**Asesor metodológico**

Eva María López De La Espriella  
Enfermera  
MSc. En Salud Pública

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE REGENCIA Y FARMACIA  
MONTERÍA.  
2020

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Montería, 14 de noviembre 2020

*Dedicamos este trabajo a Dios,  
quien con su sabiduría infinita fue  
una guía importante en nuestra  
carrera.*

*A nuestros padres por todo su  
apoyo incondicional durante toda  
esta bella experiencia y por ser  
nuestra mayor motivación.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por habernos permitido alcanzar un nuevo logro en nuestras vidas y por colocar en nuestro camino a nuestros asesores de trabajo de grado Hiltony Stanley Villa Dangond y Eva María López De La Espriella, que gracias a sus consejos, correcciones y conocimiento aportado hoy podemos culminar este trabajo, de igual manera agradecerle al cuerpo de docentes de la facultad que fueron piezas importantes en nuestro camino de aprendizaje y gracias a ello hoy podemos sentirnos dichoso de ser unos profesionales íntegros y seguir cosechando logros en nutras vidas.

Nuestro profundo agradecimiento a todas los pacientes que hicieron parte de este proceso, gracias por confiar en nosotros, por abrirnos las puertas de sus hogares y permitirnos realizar todo el proceso investigativo. También todos aquellos compañeros, amigos y colegas que fueron testigos de este arduo trabajo.

Y finalmente a nuestra alma máter, la universidad de Córdoba, por habernos brindado tantas oportunidades, enriquecernos en conocimiento y brindar las herramientas necesaria para forjar nuestro futuro.

## TABLA DE CONTENIDO

Pág.

RESUMEN.....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
1. OBJETIVOS.....	15
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
2. ESTADO DEL ARTE.....	16
2.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	16
2.2 MARCO TEORICO.....	20
2.2.1 Seguimiento farmacoterapéutico.....	20
2.2.2 Problema relacionado con los medicamentos.....	21
2.2.3 Hipertensión arterial.....	22
2.2.3.1 Clasificación de hipertensión arterial.....	22
2.2.3.2 Tratamiento antihipertensivo.....	23
2.2.4 Método Dáder.....	24
2.2.5 Método laser.....	26
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	28
2.4 MARCO LEGAL.....	30
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	33
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	32
3.2.1 Población.....	32
3.2.2 Tipo de muestreo.....	32
3.2.3 Tamaño de muestra.....	32
3.3 VARIABLE.....	33

3.4 UNIDAD DE ANALISIS.....	33
3.5 SUJETO DE ESTUDIO.....	33
3.6 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	34
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	34
3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
3.8.1 Declaraciones de Helsinki.....	35
3.8.2 Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.....	35
3.8.3 Ley estatutaria 1266 de 2008 Habeas Data.....	36
3.8.4 Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.....	37
3.8.5 Aspectos legales.....	38
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	39
4.2 PROBLEMAS RELACIONADOS A LA MEDICACIÓN Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.....	43
5. CONCLUSIÓN.....	50
6. RECOMENDACIONES.....	51
7. BIBLIOGRAFÍA.....	52
8. ANEXOS.....	58

## LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Seguimiento farmacoterapéutico	20
Tabla 2. Clasificación de resultado negativo que se encuentran asociados a la medicación (RNM)	21
Tabla 3. Valores límites de presión arterial	22
Tabla 4. Tratamiento farmacológico para pacientes hipertensos	23
Tabla 5. Antecedentes patológicos de los pacientes hipertensos en seguimiento farmacoterapéutico del barrio P-5	42
Tabla 6. Clasificación de problemas relacionados con medicamentos	45
Tabla 7. Medicamentos asociados a los PRM	47



## LISTA DE GRÁFICAS

	Pág
Gráfica 1. Sexo de los pacientes con hipertensión arterial en seguimiento farmacoterapéutico	39
Gráfica 2. Edades de los pacientes hipertensos en seguimiento farmacoterapéutico	40
Gráfica 3. Posibles problemas relacionados con los medicamentos	43
Gráfica 4: Identificación de las causas de PRM	46

## LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico	24

## LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Consentimiento del paciente.	58
Anexo B. Formato del método Dáder.	59
Anexo C. Cuestionario de primera entrevista al paciente.	64

## **GLOSARIO**

**Antihipertensivos:** Medicamento para reducir la presión arterial elevada.

**Consecuencia:** Hecho o acontecimiento que se sigue o resulta de otro.

**Dosificación:** División la dosis de un medicamento.

**Entrevista:** Encuentro convenido entre dos o más personas para tratar un asunto.

**Farmacoterapia:** Tratamiento de las enfermedades mediante medicamentos.

**Intervención:** Examinar y censurar las cuentas con autoridad suficiente para ello.

**Medicamento:** Sustancia o preparado que se administra con fines terapéuticos.

**Paciente:** Persona que es o va a ser reconocida médicamente.

**Polimedicación:** Acción de medicarse con varios fármacos diariamente.

**Riesgo:** Contingencia o proximidad de un daño.

**Tratamiento:** Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.

## RESUMEN

Se determinaron los problemas relacionados con los medicamentos bajo el método DADER en pacientes hipertensos mayores de 18 años diagnosticados y con tratamiento en el Barrio P5, de la Ciudad de Montería. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo permitiendo definir datos estadísticos, de tipo transversal observacional que permite tener un registro visual y escrito; en los que se incluyeron 25 pacientes que cumplían con los criterios de selección. Se aplicó un seguimiento que consta de un formato para analizar datos de manera objetiva y segura, que permite, cuantificar la relevancia de los PRM en pacientes con HTA

En los resultados de este trabajo encontramos que, en los datos de los pacientes el sexo predominante fue el de las mujeres con 60%, la edad vulnerable que padece la patología está entre 60-90 años con un 48% y la patología que predominó fue HTA con un 37%. En cuanto a los PRM relacionados con los pacientes se identificó que la categoría que presentó problema fue seguridad con un 67%, en la clasificación el PRM5 se presentó en los pacientes con un 66,66%.

El estudio realizado en los pacientes seleccionados nos enseña que el método Dáder es eficiente y efectivo debido a que disminuye y mejora las reacciones adversas que se presentan, además de que permite sensibilizar al paciente en el uso adecuado de la medicación; lo cual trae mejorías en la farmacoterapia.

**PALABRA CLAVES:** Seguimiento farmacoterapéutico, problemas relacionados con los medicamentos, método Dáder, hipertensión arterial.

## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es un problema de salud pública que prevalece en la mayor parte de la población a nivel mundial, la mayor parte de los pacientes son polimedicados y reciben tratamientos durante largos periodos de tiempo e incluso hasta de por vida, el número de medicamentos que estos pacientes consumen incrementa los efectos no deseados de un medicamento debido a interacciones medicamentosas o reacciones adversas y esto pone en riesgo de que no haya una buena farmacoterapia. Teniendo en cuenta lo anterior, la realización del SFT en las farmacias comunitarias (FC) es una herramienta útil que demuestra lo importante de intervención farmacéutica (IF) ya que se busca tener control de la patología de elevada prevalencia y amplia distribución como lo es la HTA; el farmacéutico comunitario es importante para la prevención, detección y resolución de resultados negativos de la medicación (RNM) causados por problemas relacionados con la medicación (PRM) con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Los problemas que se presentan con los medicamentos son fallos de la farmacoterapia lo cual no permite alcanzar los objetivos terapéuticos.

La investigación a realizar permite adaptarse a la metodología DADER para realizar seguimiento farmacoterapéutico en el ámbito comunitario a un grupo de 25 pacientes hipertensos con el fin de contribuir en la optimización de problemas en el tratamiento farmacológico, ya que esta es una enfermedad que afecta a una gran parte de la sociedad y que a pesar de tener un diagnóstico fácil y tratamientos muy efectivos, sigue siendo la principal causante de muerte en muchos países por posibles problemas que se pueden presentar en la medicación.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los problemas relacionados con los medicamentos bajo la metodología del método DADER en pacientes hipertensos mayores de 18 años diagnosticados y con tratamiento en el Barrio P5, de la Ciudad de Montería.

### **1.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

- Caracterizar Socio demográficamente a la población objeto de estudio.
- Identificar los problemas relacionados con los medicamentos y los resultados negativos asociados a la medicación en pacientes con Hipertensión Arterial.
- Analizar los riesgos y consecuencia que puede desencadenar el uso de antihipertensivos en pacientes polimedicados.
- Realizar el seguimiento farmacoterapéutico a la comunidad de estudio aplicando el método Dáder

## 2. ESTADO DEL ARTE

### 2.1 MARCO DE ANTECEDENTES

**Flores et al (2005)**, determinaron la incidencia de PRM en pacientes hipertensos mayores de 18 años que acuden a la Farmacia Tres Ríos y a la Farmacia D´María en Costa Rica, durante un período de 12 semanas, utilizando el Método Dáder de SFT. Se incluyeron en el estudio 60 pacientes con HTA y al menos un fármaco antihipertensivo. Como resultados obtuvieron 135 resultados clínicos negativos 71 problemas relacionados con la necesidad, 44 relacionados con la efectividad y 20 relacionados con la seguridad. Se realizaron 135 intervenciones por parte del farmacéutico; 77,03% fueron aceptadas y en 80,74% se resolvió el problema de salud. El método dáder para realizar seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes con hipertensión que acudieron a las farmacias comunitarias fue esencial para identificar resultados desfavorables y para realizar las respectivas intervenciones con el objetivo de mejorar la salud del paciente. (1).

Más adelante en el año 2010, **Rosinach Bonet J, García-Jiménez E**, demostró en un estudio cuasi-experimental, realizado en la farmacia María Perera, de Juneda que el SFT realizado por parte del farmacéutico comunitario en pacientes hipertensos no controlados reduce de forma estadísticamente significativa los valores de Presión Arterial Sistólica (PAS) y Presión Arterial Diastólica (PAD), obteniéndose un grado de control de la patología similar al que se consigue en unidades hospitalarias especializadas en HTA. En referencia al grado de control alcanzado, en este estudio se obtuvo un 70% de pacientes controlados (2).



En el año 2016, **Sánchez**, desarrollo un estudio de SFT en pacientes hipertensos atendidos en Trujillo, utilizando la metodología de tipo cuantitativo, longitudinal y aplicativo, con un diseño pre experimental y un procedimiento adaptado al método Dáder. El estudio estuvo conformado por 12 pacientes hipertensos, que se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Se detectaron 12 PRM; el incumplimiento del tratamiento es el PRM más frecuente con un 67%, conservación inadecuada del medicamento con un 25% y actitud negativa del paciente corresponde al 8%. Las intervenciones se enfocaron en disminuir el incumplimiento involuntario del tratamiento farmacológico, cambiar la mala forma de conservar el medicamento y dar información segura al paciente sobre sus actitudes negativas, mediante la técnica de la entrevista personal en el establecimiento farmacéutico y en la visita domiciliaria. El SFT permitió detectar y posteriormente resolver los PRM causados por diferentes factores, lo cual es favorable dado que se solucionaron 11 PRM que corresponde al 92%. (3)

**En 2016 Vargas Ruiz, Katherin (2016)** El estudio realizado fue prospectivo, longitudinal, aplicado y cuantitativo, esto permitió determinar propósito del SFT por medio del método Dáder en los pacientes hipertensos que acuden a la Botica Arcángel del distrito el Porvenir, durante los meses de Setiembre - Diciembre del año 2012. Participaron seis pacientes de los cuales cuatro fueron mujeres (66.7%) y dos hombres (33.3%), las edades están de 47 a 52 años, los datos obtenidos destacan que el mayor porcentaje de PA se encontró en el sexo femenino con un (66.7%), además se evidencia que los PRM más habituales son Incumplimiento con un (67%) seguido de Errores con la prescripción con un (33%). Se determina que el SFT influye en la mejora del tratamiento farmacoterapéutico de los pacientes con hipertensión obteniendo mejoras en las cifras de PA. (4)

En el año 2017 **Rubiños A.** Es su estudio arrojo que los adultos mayores padecen diversas patologías crónicas por lo que están expuestos a polifarmacia y, por tanto, a problemas relacionados con medicamentos (PRM). El objetivo de su trabajo fue realizar seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en pacientes, adultos mayores con hipertensión arterial; así mismo, identificar los PRM, las causas y los factores asociados con la finalidad de mejorar los valores de la presión arterial. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal durante un periodo de seis meses, en los que se incluyeron 22 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, a los cuales se les reviso la historia clínica, se entrevistó y analizo las fichas de SFT utilizando como herramientas la metodología DADER. De los 22 pacientes que iniciaron el estudio, solo concluyeron 20; la edad promedio fue de 82 años y 70 % eran mujeres. Después de 6 meses de SFT, presentaron 48 PRM siendo de mayor frecuencia el PRM 1 (44%), seguido por PRM 5 (25%); las causas más frecuentes fueron el incumplimiento (17%) y probabilidad de efectos adversos (15%); los factores asociados fueron que 30% tenía tres diagnósticos, (hipertensión arterial, gastritis, artrosis, osteoporosis, hipercolesterolemia, dolor y otras enfermedades), 30% tenía prescritos tres medicamentos y solo 5% tenía estudios superiores completos; así mismo, se obtuvieron valores de la presión arterial sistólica (130 mmHg,  $p < 0.001$ ) y presión arterial diastólica (80 mmHg,  $p < 0.005$ ).<sup>(5)</sup>

**García C, Arroyo J, González T** en 2019 su trabajo de investigación nos dice que el presente estudio se basó en la implementación del proceso de atención farmacéutica (seguimiento farmacoterapéutico) a pacientes ingresados en el servicio de hospitalización en la Clínica Cardiovascular del Caribe de Montería. El tipo de estudio para el desarrollo del presente trabajo fue observacional con enfoque transversal, en el servicio de hospitalización durante el primer y segundo periodo del 2019 entre mayo y diciembre para identificar posibles Problemas

Relacionados con la Medicación (PRM) y causales de estos mismos. Teniendo como resultado que en el servicio de hospitalización se detectaron 55 problemas relacionados con los medicamentos, donde el 3% corresponde a PRM de necesidad, el 55% de efectividad y el 42% de seguridad, siendo estos dos últimos los de mayor incidencia, convirtiéndose en cifras alarmantes que necesitan de intervención oportuna, para orientarlo a tomar acciones correctivas, en la búsqueda de que la implementación de seguimiento farmacoterapéutico ayude a la prevención oportuna de estos eventos (6)

## 2.2 MARCO TEÓRICO

**2.2.1 Seguimiento farmacoterapéutico.** Es un servicio prestado por el farmacéutico hacia el paciente con el fin de detectar (PRM) y (RNM) que permitan obtener un tratamiento farmacoterapéutico necesario, efectivo y seguro. (7)

Este seguimiento se ayuda de la metodología DADER que, aunque es un procedimiento sencillo nos da óptimos resultados, estos deben quedar sistematizados y documentados.

**Tabla 1.** Seguimiento farmacoterapéutico

<b>SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Es una práctica profesional.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Detectar problemas relacionados con los medicamentos para prevenir y resolver. (RNM</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Conlleva un compromiso y responsabilidad.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● De forma continua, sistemática y debe ser documentada</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Colaborando con el paciente y el resto del equipo de salud.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Con la finalidad de obtener resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.</li></ul>

**Fuente (8):** Seguimiento Farmacoterapéutico –Tercer consenso de Granada sobre PRM y RNM. 2001

**2.2.2 Problemas relacionados con los medicamentos.** Se conoce como PRM los resultados desfavorables padecidos por el paciente a causa de una reacción del medicamento, alterando el objetivo farmacoterapéutico. Se encasillan los PRM teniendo en cuenta si son necesarios, efectivos o seguros y por eso todos los medicamentos deben tener una argumentación para su uso, debe lograr el fin terapéutico deseado y no debe ser un riesgo para la salud. Entonces teniendo en cuenta lo anterior y el consenso de granada los PRM se clasifican de la siguiente forma:

**Tabla 2.** Clasificación de resultados negativos que se encuentran asociados con la medicación (RNM).

Nº	PRM	DESCRIPCIÓN
1	Necesidad	Problema de salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
2		Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
3	Efectividad	Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
4		Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
5	Seguridad	Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de una medicación.
6		Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Fuente (9): Tercer consenso de granada da. 2007: Clasificación que le correspondía a los PRM hasta el segundo consenso de Granada

**2.2.3 Hipertensión arterial.** HTA es la fuerza con la que la sangre golpea contra las paredes de los vasos; esta fuerza se produce cuando el corazón bombea la sangre. El sistema cardiovascular puede manifestar cambios a través de factores genéticos y ambientales. La hipertensión tiene dos elementos, el primero es la presión arterial sistólica (PAS) que es el trabajo que hace el corazón al bombear la sangre; esto genera el valor máximo de la tensión arterial, y el segundo es la presión arterial diastólica (PAD) la cual expresa la presión que tienen los vasos cuando el corazón está en reposo. Clasificación de la (PA) en personas mayores de 18 años que no se administren antihipertensivos ni padezcan enfermedad aguda.

**Tabla 3.** Valores límites de presión arterial

VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL		
Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-Alta	130-139	85-89
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	≥180	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	<90

**Fuente (10):** Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNCVI).

**2.2.3.1 Clasificación de la HTA.** Se cataloga hipertensión primaria la que no se logra identificada, influyen factores los cuales son: Edad, Sexo, Raza, Nivel socio-económico, sobrepeso, Ingesta de sal, Consumo desmesurado de alcohol y Sedentarismo; y una hipertensión secundaria que está relacionada con el

incremento de la presión arterial posiblemente debido al estrés, elevación de ácido úrico, enfermedades como renovascular, entre otros.

**2.2.3.2 Tratamiento antihipertensivo.** Para el tratamiento se busca mantener los valores de PA al menos por debajo de 140/90 mmHg, y así prevenir las muertes cardiovasculares.

Actualmente los medicamentos antihipertensivos comprenden diversas familias de fármacos y mecanismos de acción. Para escoger un tratamiento se debe basar en ciertos factores tales como: costo, enfermedades asociadas, efectividad, tolerancia y reacciones adversas.

**Tabla 4.** Tratamiento farmacológico para pacientes hipertensos

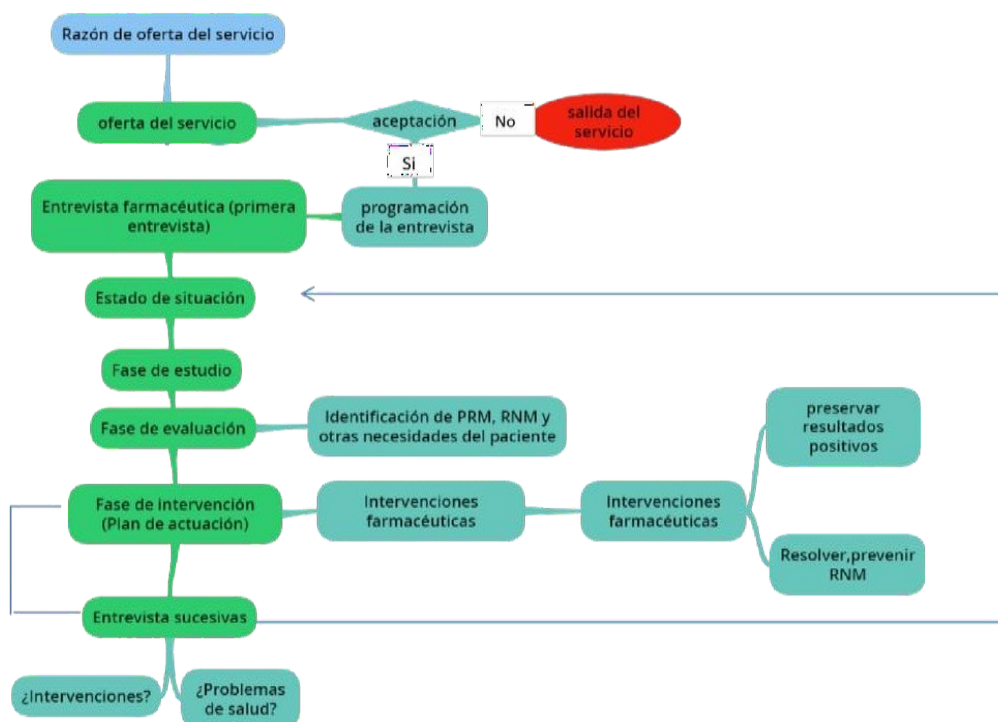
<b>FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS</b>	
<b>Clase</b>	<b>Fármaco</b>
Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (ECA)	Captopril – Enalapril
Antagonista de los receptores de Angiotensina II	Losartán – Valsartán
Diuréticos Tiazídicos	Hidroclorotiazida
Diuréticos de Asa	Furosemida
Bloqueadores de receptores de aldosterona	Espironolactona
Bloqueadores de canal de calcio	Amlodipino – Nifedipino
Alfa – beta bloqueadores	Carvedilol
Betabloqueadores	Atenolol – Propanolol

**Fuente (11):** Tomado de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) – Sociedad Europea de Hipertensión.

**2.2.4 Método Dáder.** En el año 1999 en la Universidad de Granada en Granada – España un grupo de investigadores en atención farmacéutica, inicio con un programa docentes sobre seguimiento farmacoterapéutico que llevaba como objetivo proporcionar herramientas a los farmacéuticos que les permitiera detectar, resolver y evitar los PRM y PRNM que podría presentar los pacientes o la población como tal.

El Método Dáder se centra en conseguir información acerca de los problemas de salud y sobre la farmacoterapia del paciente para ir creando una historia farmacoterapéutica y que a raíz de esa información obtenida se cree un estado de situación que nos acceda ver de manera “panorámica” sobre la salud del paciente, el tratamiento que lleva y de igual manera valorar los resultados en su farmacoterapia.

**Figura 1:** Diagrama de flujo de procesos del método Dáder en seguimiento farmacoterapéutico





El Método Dáder consta de 7 procedimientos como lo son:

- **Oferta del servicio (Método Dáder):** Se realiza cuando el farmacéutico detecte un paciente con resultados negativos de la farmacoterapia o que se perciba algún inconveniente con su tratamiento. De igual al inicio se debe tener en las personas interesadas en participar en el estudio.

- **Primera entrevista:** Luego de aceptar la oferta del servicio se prosigue a la primera entrevista, en esta fase, cita al paciente para una entrevista y se le solicita que lleve todos los medicamentos que usa, si es posibles historias clínicas e incluso diagnósticos médicos. Con la entrevista se busca conocer las preocupaciones de salud y los medicamentos del paciente entre otros detalles. Esto va a permitir visualizar y estudiar los problemas de salud del paciente, lo cual nos arrojará una información que permitirá detectar los PRM.

- **Estado de situación:** Su finalidad es detectar los problemas de salud del paciente con relación a los medicamentos; el objetivo es valorar la farmacoterapia en términos de necesidad, efectividad y seguridad, permitiendo fundar sospechas de RNM.

- **Fase de estudio:** En esta fase se basa de realizar revisión bibliográfica y también buscar información basada en evidencia científica de la relación problema de salud-medicamentos teniendo en los cuenta los signos y síntomas. En base a lo anterior se determina si existen interacciones medicamentosas o fallas en la

clasificación PRM de necesidad, efectividad y seguridad en base a los medicamentos que tratan dicha patología.

- **Fase de evaluación:** Se establecen los PRM que el paciente puede presentar, se determinan los RNM, las sospechas de PRM y se detallan los factores que desencadenan los PRM por el mal uso de la medicación que afectan la farmacoterapia.

- **Fase de Intervención:** Al hacer fase se toman las circunstancias particulares de cada paciente y se intenta establecer un plan de actuación para solucionar los PRM. En este plan se encuentran todas las intervenciones teniendo en cuenta las preocupaciones del paciente, el criterio del farmacéutico y las características de la atención sanitaria que se disponen para resolver los PRM que se han detectados.

- **Resultado de la intervención y nuevo estado de situación:** El resultado de la intervención es solucionar los problemas o inconvenientes de salud asociados a la medicación, con el fin de que estos desaparezca o sea controlados.

**2.2.5 El método laser.** Este método es usado para la identificación a pacientes con oportunidades de mejora en su farmacoterapia y para el seguimiento de los problemas relacionados con la medicación (PRM). Para el diseño de este método se permite la investigación de resultados, en las relaciones efecto-causa, tanto en pacientes individuales como en grupos de pacientes que, al inicio de tratamiento, al ingresar en un centro hospitalario, etc; no están expuestos a determinado PRM

o PRPS, pero se presenta y por lo cual existe la necesidad de explicar la causa y sus riesgos relativos. (12)

- **Identificación de pacientes con oportunidad de mejora en su farmacoterapia:** Este se basa en el análisis de un conjunto mínimo de datos básicos que nos arroja la entrevista con el paciente teniendo en cuenta un orden establecido sobre preguntas que se realizaran y se determina la situación del paciente con respecto a posibles PRM y se estudia su tratamiento. (13)

- **Actuación farmacéutica:** Como acción específica del farmacéutico, se basa en metodologías aceptadas (SOAP u otras similares), para obtener un resultado favorable en el paciente, ya sea con o sin tratamiento medicamentoso, mediante la prevención y/o resolución de PRM. (14)

- **Seguimiento farmacoterapéutico:** Se adquiere el compromiso de evaluar diferentes parámetros biométricos y clínicos predeterminados, se realiza de forma personalizada en los pacientes con los PRM que presente, teniendo en cuenta las necesidades del paciente que sufre el PRM y se ejecuta un plan de bien definido de lo que se va hacer con los problemas presentados.(15)

- **Evaluación de los Resultados:** Aquí se busca la comparación de los resultados, se realiza de forma individual y poblacional, a partir de diferentes indicadores sanitarios, para dimensiones relacionadas con la frecuencia, gravedad del PRM que se puedan presentar, idoneidad de la actuación farmacéutica, las posibilidades de la evitar los PRM y resultado clínico en los pacientes.(16)

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

- **Seguimiento farmacéutico (SFT):** “Es la parte de la práctica profesional farmacéutica que pretende evaluar y monitorizar la farmacoterapia, en función de las necesidades particulares del paciente, con el objetivo de mejorar o alcanzar resultados en su salud” (17)

- **Atención farmacéutica (AF):** “Proceso en el que el farmacéutico le brindar un servicio al paciente, en la dispensación y seguimiento farmacoterapéutico de un tratamiento, en ayuda otros profesionales sanitarios con el fin de conseguir resultados para mejorar la calidad de vida y la psicoterapia del paciente” (18)

- **Método Dáder:** “Método usado en el SFT para detectar las necesidades y problemas relacionados con el medicamento que presenta un paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma estructurada, continuada y documentada. Su elaboración permite detectar, registrar, identificar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente” (19)

- **Problemas relacionados con el medicamento:** “Eventos que en el transcurso de uso de medicamentos, el paciente puede presentar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación. Como un medicamento necesario, el paciente sufre un problema de salud asociado al NO recibir un tratamiento que necesita que interfiere con los resultados de la farmacoterapia y la salud del paciente” (20)

- **Uso racional del medicamento:** “La OMS dice que hay un buen uso racional de medicamentos cuando el paciente reciba la medicación justa y necesaria, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un duración adecuada, y al menor costo para él, también esta busca promueve la calidad en el cuidado de la salud” (21)

- **Hipertensión arterial:** “Es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades” (22)

- **Farmacia comunitaria:** “Establecimiento farmacéutico que goza de alta estima de pacientes y usuarios que brinda asegurarle a la población que lo rodea el acceso fácil a los medicamentos y productos sanitarios, permite orientar a los pacientes al correcto uso de medicamentos de manera segura, efectiva, eficiente y responsable” (23)

## 2.4 MARCO LEGAL

**Constitución política de 1991:** Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (24)

**Ley 100 de 1993:** De acuerdo con la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos laborales y de los servicios sociales complementarios. El Sistema de Seguridad Social Integral vigente en Colombia fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. Hace parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. (25)

**Decreto 780 de 2016 (derogado 2200 de 2005):** Por el cual se reglamenta el perfil farmacéutico y se dictan otras disposiciones. El artículo 7 se refiere a la participación de programas de farmacovigilancia y al uso adecuado de medicamentos y antibióticos en la institución. Deroga todos los decretos de naturaleza reglamentaria relativos al sector salud y Protección Social, sin embargo, quedan excluidos los decretos relativos a la creación y conformación de comisiones intersectoriales, comisiones interinstitucionales, consejos, comités, sistemas administrativos y demás asuntos relacionados con la estructura, configuración y conformación de entidades y organismos del sector administrativo de salud y protección social. (26)

**Decreto 677 de 1995:** Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia.(27)

**Resolución 1403 de 2007:** Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. (28)

**Resolución 2003 de 2014:** La Resolución 2003 de 2014 tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución. (29)

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Este estudio es descriptivo porque describe situaciones relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con Hipertensión arterial. Transversal debido a que no hay seguimiento; es decir las variables se miden una sola vez, en un periodo de término establecido. Es Retrospectivo porque se utilizó información que ya sucedió relacionada con la enfermedad, la cual está basada en la información recolectada en las encuestas. De enfoque Cuantitativo porque recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos en el estudio.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

**3.2.1** Población: Pacientes mayores de 18 años de edad polimedicados con hipertensión arterial del Barrio P-5 de la Ciudad de Montería.

**3.2.2** Tipo de Muestreo: No probabilística, ya que los sujetos tienen relación directa con el evento en estudio y se tendrán en cuenta criterios de inclusión y de exclusión.



**3.2.3 Tamaño de Muestra:** La muestra es de 25 pacientes con tratamiento farmacológico para la HTA en el Barrio P-5, de la Ciudad de Montería.

### **3.3 VARIABLE**

Las variables dependientes en este estudio son los Problemas relacionados con los medicamentos (PRM), resultados negativos asociados a la medicación (RNM), pacientes Hipertensos y polimedicados, y la variable independiente es el seguimiento farmacoterapéutico (STF).

### **3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis de esta investigación fue el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, con tratamiento farmacológico.

### **3.5 SUJETO DE ESTUDIO**

El sujeto de esta Investigación fueron los pacientes hipertensos, con tratamiento farmacológico.

### **3.6 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Para la realización de esta Investigación se recolectó la información utilizando para ello las fuentes primarias (Los pacientes con hipertensión arterial,) y secundarias (encuesta semiestructurada), para conseguir los datos clínicos, epidemiológicos, demográficos, farmacológicos relacionados con las variables dependientes e independientes, diseñada para esta investigación. Para la recolección de la información, se obtuvo la autorización mediante el consentimiento informado de los pacientes.

### **3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Dentro de los Criterios de inclusión y exclusión se mencionan los siguientes:

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial edades entre 18 y 90 años de edad
- Que estén recibiendo tratamiento farmacológico y residan en el Barrio P5, de la Ciudad de Montería
- Que hayan expresado verbal y por escrito la voluntad de participar en el estudio.

#### **Criterios de exclusión.**

- Pacientes que no acepten participar del estudio.
- Encuestas incompletas o con información deficiente

### **3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta la reglamentación ética vigente (Declaración de Helsinki, Resolución 8430 de 1933) todos los procedimientos aquí contemplados serán realizados por profesionales de la salud, se clasifico como una investigación de riesgo medio de acuerdo con la Resolución 8430 de 1933 del ministerio de salud de Colombia, debido a que se indagara sobre información sensible.

**3.8.1 Declaración de Helsinki.** La Declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la Asamblea General de 1964 de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el código de Nürenberg de 1947. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. (30) Para aplicar lo estipulado en la presente declaración, se procedió con la firma del consentimiento informado, previa lectura y explicación del mismo.

**3.8.2 Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.** Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud es un documento imprescindible para el trabajo de los Comités de Ética

en Investigación (CEI). Además de disposiciones generales, donde se establece la necesidad de que cada institución que realice investigación en Colombia cuente con un CEI, se dan las pautas para la investigación con seres humanos, partiendo de los aspectos éticos de esta actividad. También se regula la investigación con comunidades; con menores de edad o con personas que padecen discapacidad; con mujeres embarazadas, fetos y embriones; con grupos subordinados; la investigación que incluye la utilización de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos; y la investigación sobre nuevos recursos profilácticos, de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación” (Bernal, 2010, pág. 10). (31)

Consentimiento informado. Para el presente estudio se solicitó la autorización escrita al representante legal, de los participantes y/o responsables de los menores de edad que hicieron parte del estudio. Para lo cual se les proporciono explicación sobre el objetivo del estudio, el instrumento a utilizar y la importancia que tiene la investigación. Adicionalmente se les garantizo la confidencialidad y privacidad de la información suministrada, mediante la no divulgación de datos de identificación tanto de la IPS como de las personas participantes.

**3.8.3 Ley estatutaria 1266 de 2008 Habeas Data (diciembre 31).** Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones.

El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona. (32)

**3.8.4 Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos.** Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002. El Programa Regional de Bioética OPS/OMS fue establecido en Santiago de Chile en 1994 por un acuerdo tripartito entre la Organización Panamericana de la Salud, la Universidad de Chile y el Gobierno de Chile. Entre sus tareas se cuenta la difusión del trabajo en bioética entre los 38 países miembros de la Región de las Américas y el Caribe, la formación de recursos humanos, el asesoramiento a entidades públicas y privadas y trabajos de investigación aplicada. La presente traducción y su difusión son un medio para

colaborar en el desarrollo y establecimiento de buenas prácticas en la investigación biomédica y psicosocial y contribuir al trabajo de CIOMS y OMS. (33)

**3.8.5 Aspectos legales.** Este trabajo de grado es de propiedad intelectual de las Autoras-Estudiantes con sus asesores y del grupo de investigación al cual se inscribe, por lo tanto, es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo cual es de su exclusiva autoría, y los datos que se obtengan de esta pueden ser utilizados, brindándole los créditos; evitando con ello que la información sea flageada o utilizadas para fines no académicos.

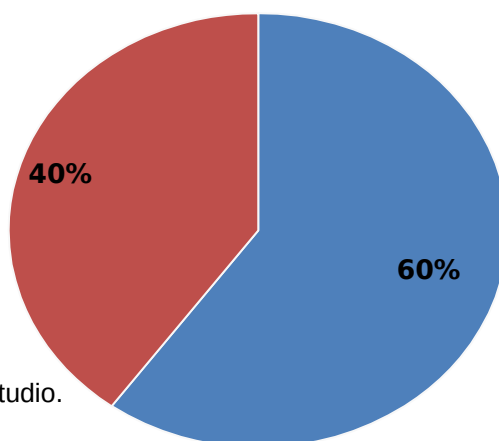
## 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

A partir de la metodología establecida, se incluyeron en el estudio 25 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 10 fueron de sexo masculino y 15 del sexo femenino. La relación porcentual se muestra en la gráfica 1.

Según el análisis de la gráfica de sexo el porcentaje mayor es el de las mujeres con un 60% y el de los hombres es de 40%; resultados obtenidos en la investigación por Vargas 2016 arroja datos similares donde las mujeres tienen un porcentaje de 66.7% y los hombres 33.3% teniendo en cuenta esto se puede decir que la HTA es predominante en mujeres que en hombres

**Gráfica 1.** Sexo de los Pacientes con Hipertensión Arterial en Seguimiento Farmacoterapéutico

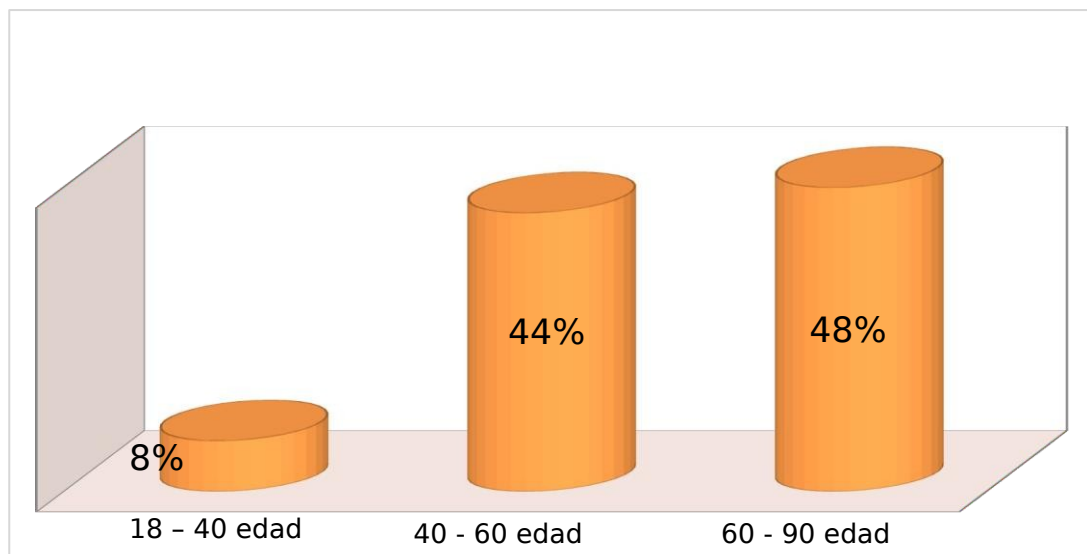


**Fuente.** Base de datos del estudio.

-En la distribución etérea, el grupo dominante fue de 60-90 años (12 pacientes), seguido de 40-60 años (11 pacientes) como se muestra en la Grafica 2.

El estudio de rangos de edad de nuestro trabajo dice que de 18-40 años es un 8%, de 40-60 años es 44% y 60-90 años 48% siendo el rango mayor 60- 90; en una investigación realizada por Rubiños A. 2017 obtienen un rango de 70-74 años con un 10%, 75-79 años con un 15%, 80-84 años con un 40% y 85-89 años con un 37%. Observando los rangos de edad y comparando se destaca que las personas de la tercera edad es la más vulnerable a padecer enfermedades incluida la HTA.

**Gráfica 2.** Edades de los Pacientes hipertensos en Seguimiento farmacoterapéutico.



**Fuente.** Base de datos del estudio.



- En la gráfica 3 se exponen los antecedentes patológicos que presentan los pacientes. Las cinco patologías de mayor prevalencia fueron: la HTA con 37% (25 personas) padeciendo de ella, en segundo lugar, la Hipercolesterolemia con el 12% (8 pacientes) en tercer lugar, Diabetes tipo 2 con 7% (5 pacientes) luego la Insuficiencia Renal con 6% (4 personas) que la padecen y como quinta patología la diabetes tipo1 con 4% (3 personas) padeciendo de ella. Además, se observa 15 personas que padecen quince enfermedades diferentes y 6 personas con tres enfermedades distintas dos para cada una de ellas.

En la tabla de patologías de los pacientes se observan las cinco enfermedades que más prevalecen, teniendo en cuenta que en nuestro estudio el factor predominante en el SF es Hipertensión arterial la cual prevalece en los 25 pacientes con porcentaje de 37%, luego se observa que la otra patología más diagnosticada es Hipercolesterolemia con un total de 8 personas y un porcentaje de 12%; en un trabajo de García C, Arroyo J, González T. 2019 la patología que prevalece es HTA con un 27% siendo esta su muestra de estudio y como segunda patología se presenta Diabetes mellitus tipo 1 con un 13%; en vista de lo anterior se puede decir que la prevalecía de las patologías no es igual en todos los estudios realizados en seguimiento farmacoterapéutico

**Tabla 5.** Antecedentes Patológicos de los Pacientes Hipertensos en Seguimiento Farmacoterapéutico del Barrio P5

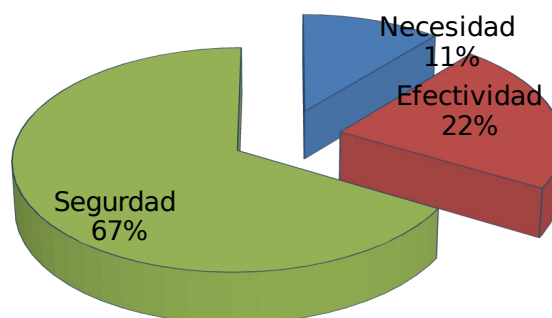
Antecedentes patológicos	%	Frecuencia
1. Accidente cerebrovascular isquémico	1%	1
2. Accidente trombo embólico	1%	1
3. Aneurisma aórtico torácico	1%	1
4. Angina de pecho	1%	1
5. Artritis reumatoide	1%	1
6. Artrosis	1%	1
7. Diabetes tipo 1	4%	3
8. Diabetes tipo 2	7%	5
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Epoc)	1%	1
10. Fibrilación auricular	1%	1
11. Gastritis	3%	2
12. Hipercolesterolemia	12%	8
13. Hiperglucemia	3%	2
14. Hiperlipidemia	1%	1
15. Hipertensión arterial	37%	25
16. Hipertiroidismo	1%	1
17. Hipotiroidismo	1%	1
18. Infarto agudo de miocardio	3%	2
19. Insuficiencia cardíaca	1%	1
20. Insuficiencia renal	6%	4
21. Neumonía	1%	1
22. Reflujo gastroesofágico	1%	1
23. Trastorno depresivo mayor	3%	2
24. Osteoporosis	1%	1

**Fuente:** Base de datos del estudio.

## 4.2 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS Y LOS RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

-Problemas relacionados con los medicamentos: Identificación de PRM: En la categoría de Problemas Relacionados con Medicamentos, encontramos que, el más frecuentes fue seguridad con un porcentaje de 65% (24 pacientes), efectividad con un 22% (8 pacientes) y necesidad con porcentaje de 13% (5 pacientes) siendo este último el menos frecuente. Los problemas relacionados con los medicamentos identificados encontramos que en la categoría de necesidad 11% que corresponden a 4 pacientes, en efectividad 22% que corresponden a 8 pacientes y seguridad 67% que corresponde a 24 pacientes; resultados un poco similares se encontraron en la investigación de Rubiños A. 2017 quienes obtuvieron necesidad 29% (14 pacientes), efectividad 17% (8 pacientes) y seguridad 54% (26 pacientes) de esto se concluye que la seguridad es la categoría más frecuente en PRM.

**Gráfica 3.** Posibles problemas relacionados con los medicamentos



**Fuente.** Base de datos del estudio.

-Clasificación de prm: Los PRM de mayor frecuencia que presentaron los pacientes fueron, en cuanto a la necesidad, se encontró que el mayor porcentaje corresponde al 7,01%, donde el paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita, en relación con la efectividad, se encuentra que el 12,28% corresponde a problemas relacionados con medicamentos, donde el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación y el 66.66% corresponde a problemas relacionados con medicamentos, donde el paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa

Al analizar los datos obtenidos en la clasificación de PRM los de mayor frecuencia fueron en efectividad PRM3 con un 12,28% (7) y en seguridad PRM5 con 66,66% (38); en un estudio realizado por Rubiños A. 2017 el PRM de mayor frecuencia fueron PRM 1 44% (21) seguido por PRM5 con 25% (12) teniendo en cuenta esto el PRM que se tiene en común es PRM5, aunque en el porcentaje es diferente da ha entender que en nuestros trabajos los problemas relacionados con los medicamentos fueron por inseguridad no cuantitativa.

**Tabla 6.** Clasificación de problemas relacionados con medicamentos

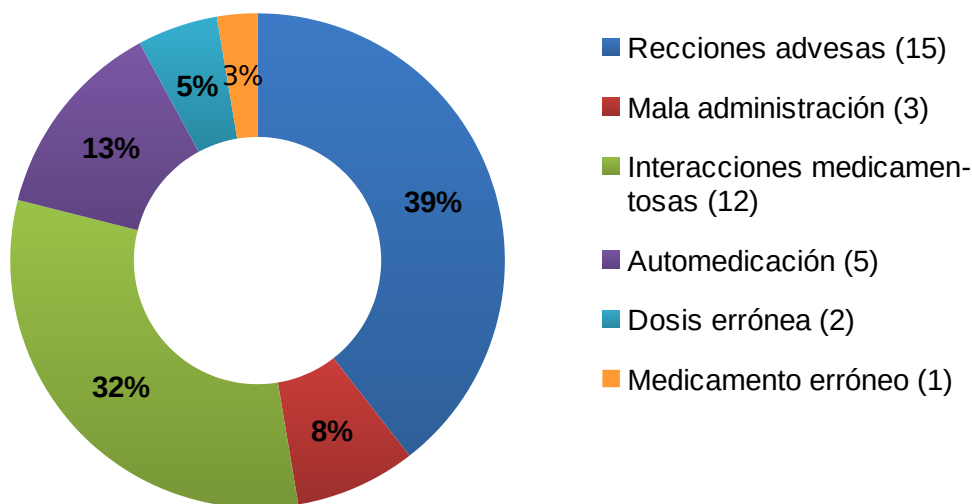
<b>CLASIFICACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>NECESIDAD</b>		
<b>PRM 1:</b> El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>PRM 2:</b> El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.	<b>4</b>	<b>7,01%</b>
<b>EFFECTIVIDAD</b>		
<b>PRM 3:</b> El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.	<b>7</b>	<b>12,28%</b>
<b>PRM 4:</b> El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.	<b>4</b>	<b>7,01%</b>
<b>SEGURIDAD</b>		
<b>PRM 5:</b> El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.	<b>38</b>	<b>66,66%</b>
<b>PRM 6:</b> El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.	<b>4</b>	<b>7,01%</b>
<b>Total de PRM Identificados</b>	<b>57</b>	<b>99.97</b>

**Fuente:** Base de datos del estudio.

-Determinar las causas de los posibles PRM: Se identificaron 57 PRM (cuadro 6 0) con sus respectivas causas (Tabla 0), que se hallaron en el laxo de tiempo en el que se realizaba el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes, estas se clasificaron según la lista de problemas relacionados con medicamentos del tercer consenso de Granada

Se observó en nuestro trabajo que las causas más frecuentes fueron reacciones adversas con un 39%, interacciones medicamentosas con un 32% y la práctica de la automedicación con un 13%; en un estudio realizado por Rubiños A. 2017 en la identificación de las causas los PRM más frecuentes fueron incumplimiento (17%) y probabilidad de efectos adversos (15%) de acuerdo con esto se deduce que los efectos adversos es la causa con más probabilidad ocasionar un PRM.

**Gráfica 4.** Identificación de las causas de PRM



**Fuente:** Base de datos del estudio

-Medicamento asociados a los PRM: El medicamento que tuvo mayor frecuencia en la asociación con los PRM fue la Metformina (7) y Losartan (6), como se muestra en el cuadro 7.

Observamos que en la tabla de medicamentos que el fármaco que tuvo mayor frecuencia en la asociación con los PRM fue la Metformina (7) por su inseguridad y Losartán (6) por su inseguridad e ineficacia; en un estudio realizado por Rubiños A. 2017 se encontró que los medicamentos relacionados con los PRM fueron Captopril por su ineffectividad y el Ácido acetilsalicílico por producir reacciones adversas, a partir de esto se concluye con que los medicamentos se relacionan con los PRM a partir de la enfermedad que traten y los otros medicamentos usados por el paciente.

**Tabla 7:** Medicamentos asociados a los PRM

Medicamento	Tipo de PRM	Causa del PRM
<b>Losartan potásico/Hidroclorotiazida 50mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa de la medicación. <b>PRM5:</b> Inseguridad cuantitativa de un medicamento	Reacción adversa
<b>Enalapril 20mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa de la medicación. <b>PRM 5:</b> Inseguridad cuantitativa de un medicamento	Reacción adversa
<b>Gemfibrozilo 600mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa de la medicación. <b>PRM 5:</b> Inseguridad cuantitativa de un medicamento	Reacción adversa
<b>Levotiroxina 100mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa de la medicación <b>PRM 5:</b> Inseguridad cuantitativa de un medicamento	Reacción adversa
<b>Ibuprofeno 800mg</b>	<b>PRM 2:</b> problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita <b>PRM 4:</b> problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.	Interacciones medicamentosas Automedicación

	<b>PRM 6:</b> inseguridad cuantitativa de un medicamento	
<b>Losartan 100mg</b>	<b>PRM5</b> (Inseguridad no cuantitativa)	Reacciones adversas
<b>Metformina 850mg</b>	<b>PRM5</b> (Inseguridad no cuantitativa)	Reacción adversa
<b>Furosemida 10mg</b>	<b>PRM5</b> (Inseguridad cuantitativa)	Reacción adversa
<b>Atorvastatina 40m</b>	<b>PRM5</b> (Inseguridad no cuantitativa)	Interacción medicamentosa
<b>Amlodipino 5 mg</b>	<b>PRM5</b> (Inseguridad no cuantitativa)	Interacción medicamentosa
<b>Metoprolol 500mg</b>	<b>PRM 5:</b> (Inseguridad no cuantitativa)	Reacciones adversa
<b>Atorvastatina 40mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Reacción adversa
<b>Gaviscon 10ml</b>	<b>PRM 4:</b> Inefectividad cuantitativa.	Automedicación
<b>Glibenclamida 5mg</b>	<b>PRM 6:</b> Inseguridad cuantitativa	Interacción
<b>Metformina 850mg</b>	<b>PRM 6:</b> Inseguridad cuantitativa	Reacción adversa
<b>Trandolapril 2mg</b>	<b>PRM 4:</b> Inefectividad cuantitativa	Dosis errónea
<b>Glibenclamida 5mg</b>	<b>PRM 6:</b> Inseguridad cuantitativa	Interacción
<b>Losartan 50mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa	Mala administración
<b>Amlodipino 5mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa.	Mala administración
<b>Metformina 850mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Reacción adversa
<b>Metocarbamol 750mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Naproxeno 250mg</b>	<b>PRM 5:</b> inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Fluoxetina 20mg</b>	<b>PRM 3:</b> Inefectividad no cuantitativa <b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Efectos adversos y alteraciones en los síntomas de la enfermedad
<b>Memantina 10mg</b>	<b>PRM 4:</b> Inseguridad cuantitativa	Debido a la baja dosis del medicamento el objetivo diario de este no se cumple; lo que puede provocar efectos adversos
<b>Ácido Acetilsalicílico 100mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Metformina 850mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Reacciones adversas
<b>Hidrobromuro De citalopram 20mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Naproxeno 275mg</b>	<b>PRM 2:</b> Recibe un medicamento que no necesita <b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Losartan 50 mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa



<b>Insulina glulisina 100ml</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Metformina 850mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Ibuprofeno 800mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa <b>PRM 2:</b> Innecesario por falta de aprobación médica	Interacción medicamentosa  Efectos adversos del medicamento.
<b>Ácido acetilsalicílico 100 mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Efectos adversos
<b>Losartán 50mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Hidroclorotiazida 25mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Vildagliptina 50mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Metformina 100mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Insulina glargina 100 ui/ml</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Insulina glulisina 100ui/ml</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Metformina 100mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa (PRM5)	Interacción medicamentosa
<b>Clopidogrel 75 mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Insulina glargina 100 uni/ml</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Carvedilol 12.5 mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Acetil salicílico acido(aspirina) 100 mg</b>	<b>PRM5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Losartan 50 mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Metroprolol 50 mg</b>	<b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Interacción medicamentosa
<b>Aspirina 100 mg</b>	<b>PRM 2:</b> Recibe un medicación que no necesita <b>PRM 5:</b> Inseguridad no cuantitativa	Automedicación  Interacción medicamentosa

**Fuente:** Base de datos del estudio

## 5. CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados obtenidos se puede concluir diciendo que:

- Los factores relacionados a los pacientes (sexo, edad y antecedentes patológicos) determinan que las mujeres con un 60% son las más propensas a sufrir hipertensión arterial, el rango de edad 60-90 con un 48% son vulnerables a padecer HTA u otras patologías que en algunos casos se pueden ver desencadenadas por la hipertensión, y la patología más diagnosticada después de la HTA con un 37% (teniendo en cuenta que este fue nuestro causal para hacer seguimiento) fue la hipercolesterolemia con un 12%.
- Se identificaron los problemas relacionados con los medicamentos que presentaban los pacientes los cuales encontramos que la gran mayoría de los pacientes presenta problemas de seguridad debido a interacciones medicamentosas que presenta y también por factores relacionados como la automedicación.
- Aquellos pacientes que están en tratamiento antihipertensivos y a la vez están medicados para otras enfermedades (polimedicados) encontramos que este tipo de pacientes están propenso a que tengan riesgos e incluso a problemas de adherencia en su tratamiento debido a intersecciones que se puedan presentar.
- Al emplear el método Dáder a los pacientes se demuestra la importancia de aplicación de este para el seguimiento farmacoterapéutico; al tiempo que es una de las formas más significativas para a minimizar los efectos negativos para el paciente y sensibilizar la comunidad para la utilización correcta de los medicamentos y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## **6. RECOMENDACIONES**

- Continuar con el seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes para vigilar sus nuevos estados de situación.
- Realizar más charlas en cuanto a educación sanitaria y buen manejo del tratamiento farmacológico.
- Fomentar campañas de promoción y prevención de la automedicación.
- Los futuros regentes en farmacia profundicen sobre esta investigación mediante la intervención para resolver los Problemas Relacionados al Medicamento (PRM).
- Que se manifieste la importancia de la actuación del personal farmacéutico para detectar Problemas Relacionados al Medicamento para intensificar a la confianza del paciente en el sistema sanitario a través de los diferentes programas y canales de comunicación con los que cuenta el Ministerio de Salud.
- Se recomienda a la universidad de Córdoba ejecutar actividades donde el departamento de regencia en farmacia capacite al demás personal del área de la salud sobre seguimiento farmacoterapéutico y lo primordial que es de detectar y reportar cualquier sospecha de PRM.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Flores, L.; Segura, C.; Quesada, MS.; Hall, V. (2005). Seguimiento farmacoterapéutico con el método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. Obtenido de Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(3): 154-157.
2. Sanchez, C. (2016). Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos atendidos en la Botica Farmax. Obtenido de Tesis de Grado de Químico Farmacéutico. Trujillo-Peru: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica.
3. Jordi Rosinach Bonet, Emilio García- Jiménez. Seguimiento farmacoterapéutico desde una farmacia comunitaria en pacientes hipertensos no controlados. Farmacéuticos Comunitarios 2010. Disponible en: <http://www.ifarcom.org/system/files/journals/85/articles/02-1-06-09.pdf>
4. Vargas Ruiz, Katherin. Leal Vera, César Alfredo. Tesis Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos atendidos en la botica Arcángel, del Porvenir. Uladech católica. 2017-07-13. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/207?show=full&fbclid=IwAR3Zd69GskcdxSpN6xIOsEpilOeJrptEICuZHmNm2fOk3c-HSUOVTSPdwJ8>
5. Rubiños Marchan Alejandra Vanessa. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con hipertensión arterial del Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro Lima - 2014. Disponible: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6993/Rubinos\\_ma.pdf?sequence=2](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6993/Rubinos_ma.pdf?sequence=2) "( citado

2020 sep 27)

6. García C, Arroyo J, González T. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados en la clínica cardiovascular del caribe de montería. Repositorio Unicordoba [seriada en línea] 2019 [citado 2020 sep 26]; 1-82 Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2571/Trabajo%20de%20GRADO%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. García C, Arroyo J, González T. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados en la clínica cardiovascular del caribe de montería. Repositorio Unicordoba [seriada en línea] 2019 [citado 2020 sep. 26]; 1-82 Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2571/Trabajo%20de%20GRADO%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Comité de consenso. Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (prm) y resultados negativos asociados a la medicación (rnm). ars pharm 2007; 48 (1): 5-17. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-054055>
9. Comité de consenso. Tercer consenso de granada sobre problemas relacionados con medicamentos (prm) y resultados negativos asociados a la medicación (rnm). ars pharm 2007. 48 (1): 5-17. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-054055>
10. National High Blood Pressure Education Program. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute (US). The Seventh Report of the Joint

11. Bryan W, Giuseppe M, Wilko S, Enrico AR, Michael A, Michael B, “et al”. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2019 [citado 26 sep 2020]; 72(2): 1-78. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893218306791>
12. Climente Martí M y Jiménez Torres NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Tercera edición. Edita: AFAHPE. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia, 2005.
13. Climente Martí M., Jiménez Torres N.V. (2005). Manual para la Atención Farmacéutica: Valencia., 3º Edición. 5-80.
14. Climente M, Jiménez NV. Manual para la Atención Farmacéutica. Edición Especial. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia: Editorial AFAHPE; 2005. p. 7- 87. 74
15. 'laser', un método de intervención y SFT en el ámbito hospitalario - Correo Farmacéutico. Website title: Correo FarmaceutiURL: <https://www.correofarmaceutico.com/profesion/laser-un-metodo-de-intervencion-ysft-en-el-ambito-hospitalario.html>
16. Faus MJ, Martínez F. La Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategia para su puesta en marcha. Pharm Care Esp 1999; 1.52-61.
17. En genérico. Seguimiento farmacoterapéutico: hacia una farmacia más asistencial. 2014 Feb 18. Disponible en: <https://www.engenerico.com/seguimiento-farmacoterapeutico-hacia-una-farmacia-mas-asistencial/#:~:text=El%20Seguimiento%20Farmacoterap>

%C3%A9utico%20es%20la,alcanzar%20resultados%20en%20su%20salud.

18. Fundación pharmaceutical care. La atención farmacéutica. 2014 Marzo 06.  
Disponble en: [https://pharmaceutical-care.org/controler.php?secc=ficha\\_detail&cat=15&id=45](https://pharmaceutical-care.org/controler.php?secc=ficha_detail&cat=15&id=45)
19. Rubiños Marchan Alejandra Vanessa. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con hipertensión arterial del Albergue Central Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro Lima - 2014. Disponible: <https://core.ac.uk/download/pdf/323342454>. (citado 54/2020 sep 27)
20. Ospina A, Benjumea DM, Amariles P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución histórica de sus definiciones. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 329-340. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021452013.pdf>
21. Gonzalo Ramos N, Guillermo Olivares J. Uso racional de medicamentos: Una tarea de todos. Abril 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e012993.pdf>
22. OMS.Hipertensión. 13 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
23. Portalfarma. Madrid. Presentada la Declaración de la Profesión Farmacéutica: Farmacia Comunitaria. 26 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Paginas/2018-Declaracion-Profesion-Farmaceutica-Farmacia-Comunitaria.aspx#:~:text=La%20Farmacia%20Comunitaria%20es%20un>

- 24.** Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia 1991. Constitucional número 114 del jueves 4 de julio de 1991. Art 4. Disponible en: <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>
- 25.** DNP. Sistema de Seguridad Social en Colombia Ley 100 de 1993. Publicado en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>
- 26.** Ministerio de salud y protección social. Decreto 780 de 2016. 06 de mayo de 2016. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)
- 27.** Decreto número 677. 26 de abril de 1995. Invima. Publicado en: [https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/decreto\\_677\\_1995.pdf](https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/decreto_677_1995.pdf)
- 28.** Ministerio de protección social. Resolución 1403. 14 de mayo de 2007. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/Resoluci%C3%B3n+1403+de+2007.pdf/6b2e1ce1-bb34-e17f-03ef-34e35c126949>
- 29.** Ministerio de salud y protección social. Resolución 2003 de 2014. 04 de junio de 2014. Disponible en: <https://consultorsalud.com/resolucion-2003-nueva-habilitacion-2/>
- 30.** Asociación médica mundial. Declaración de helsinki de la amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 21 marzo 2017, Disponible en <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres->



humanos/

- 31.** Ministerio de salud y protección social. Resolución 8430 de 1993. Octubre 4 1993. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-D>
- 32.** Régimen legal de Bogotá. Ley 1266 de 2008 Nivel Nacional. Diciembre, Disponible en:  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34488>
- 33.** Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 12 Junio 2017  
[https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS\\_ETICAS\\_INTERNAZIONALE.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNAZIONALE.pdf)

## 8. ANEXOS

### Anexo A. Consentimiento del paciente.

**UNIVERSIDAD DE CORODBA  
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA  
2020**

**CARTA DE PERMISO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con  
cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ residente de la ciudad de  
Montería en el barrio P-5.

Doy mi consentimiento voluntario para participar en el actividad de Seguimiento Farmacoterapéutico desarrollado por estudiantes de la Universidad de Córdoba en el programa Tecnología en Regencia de Farmacia.

Declaro que se me ha otorgado la información necesaria sobre el estudio y los fines de éste, así como los beneficios e incomodidades asociadas a la investigación.

Soy consciente que el programa es gratuito, que tengo libertad de abandonarlo cuando lo considere conveniente, que la información que entregue es confidencial, verídica y no se puede divulgar sin mi consentimiento.

Autorizo que los resultados y fichas de información que responda pueden analizarse y presentarse dentro del trabajo.

**FIRMA DEL PACIENTE:**

C.C

**FIRMA DEL ESTUDIANTE:**

C.C

**acreditada  
INSTITUCIONALMENTE**  
Res. MEN 2956 de 22 de marzo de 2019, vigencia: 4 años

## **Anexo B. Formato del método Dáder**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA DE REGENCIA EN  
FARMACIA  
MONTERÍA - CÓRDOBA  
2020



**INTEGRANTES:**

**DOCENTE:**

**CASO PRÁCTICO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO  
(METODOLOGÍA DADER)**

**NOMBRE DEL CASO:**

**OFERTA DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.**

**1. PRIMERA ENTREVISTA. (Fecha: DD/MM/AA)**

La tabla se procede a llenar teniendo en cuenta los siguientes puntos.

- a) Empezando por llenar los datos generales del paciente.
- b) Seguidamente los problemas de salud que presenta.
- c) Luego los medicamentos que tratan esos problemas de salud.
- d) Y por último la evaluación.

## 2. ESTADO DE SITUACIÓN.

Se procede a llenar el estado de situación del paciente,

Fecha:			Paciente:								
Sexo:			Edad:				IMC:		Alergias:		
Problemas de salud					Medicamentos				Evaluación		
Inicio	P. Salud	Contr	Preoc.	Inicio	P. activo	P. presc.	P. usada	N	E	S	Clasif.

El procedimiento se describe a continuación:

**IMC:** Índice de Masa Corporal; **P. salud:** Problema de salud; **Contr:** controlado; **Preoc:** Preocupa; **P. activo:** Principio activo; **P. presc:** Pauta prescrita; **P. usada:** Pauta usada ; **N:** Necesario; **E:** efectivo; **S:** Seguro; **Clasif:** Clasificación.

## 3. FASE DE ESTUDIO.

Revisar en bases de datos y literatura en general para búsqueda de información de cada uno de los problemas de salud y medicamentos que tiene el paciente para tratar esos problemas de salud, damos como sugerencia se complete el formato diseñado para tal fin.

**Nota:** Es de anotar que la universidad de Córdoba cuenta con bases de datos a las cuales ustedes pueden acceder a través de biblioteca recomendamos principalmente MICROMEDEX © Healthcare, además existe una base de datos gratis en la red DRUGS. COM para consulta de interacciones, así como también las guías de seguimiento farmacoterapéutico por patologías que publicadas en red la universidad de Granada.

Se sugiere diligencia el siguiente formato mediante la revisión de la literatura para llenarlo con los parámetros más significativos de los problemas de salud que tiene el paciente, así como también cada uno de sus medicamentos.

PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTA EL PACIENTE.		MEDICAMENTOS QUE TIENE EL PACIENTE.
	<b>Características.</b> Hipertensión Arterial <b>Signos y síntomas.</b>  <b>Parámetros cuantificables.</b>  <b>ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS PARA TRATARLO.</b>  <b>OBJETIVO DEL TRATAMIENTO</b>  <b>FARMACOLOGICO</b>	<b>Nombre del mx</b> <b>Indicaciones aprobadas.</b>  <b>Mecanismo de acción.</b>  <b>Rango habitual de utilización.</b>  <b>Interferencias analíticas.</b> <b>Precauciones y contraindicaciones.</b>

#### 4. FASE DE EVALUACIÓN

Con cada uno de los medicamentos nos preguntamos si. Dando la justificación.

- ¿Es necesario?
- ¿Es efectivo?
- ¿Es seguro?

MEDICAMENTOS	¿ES NECESARIO?	¿ES EFECTIVO?	¿ES SEGURO?

RNM (PS asociado al medicamento)	Medicamento implicado.	Clasificación RNM	PRM	Observaciones del farmacéutico.

Hacemos un resumen de la evaluación, sugerimos el formato siguiente:

## 5. FASE DE INTERVENCIÓN.

Plan de actuación y evolución del paciente.

¿QUE PASO?

FECHA	COLESTEROL TOTAL	TENSION ARTERIAL	PRESION DE PULSO	TALLA	PESO

**DISCUSIÓN DEL CASO:** con todo el análisis de la información anterior se dan los argumentos de los resultados obtenidos y se muestra el estado de situación final.

## NUEVO ESTADO DE SITUACIÓN.

Fecha:			Paciente:								
Sexo:			Edad:			IMC:		Alergias:			
Problemas de salud					Medicamentos				Evaluación		
Inicio	P. Salud	Contr	Preoc.	Inicio	P. activo	P. presc.	P. usada	N	E	S	Clasif.

## Resumen del caso

RNM (PS asociado al medicamento)	Clasificación RNM	Medicamento implicado	Vía comunicación	Intervención (describir acción)	Intervención aceptada (Si/No) ¿qué paso?	Resolución del RNM (Si/No)

**Anexo C. Cuestionario de primera entrevista al paciente.**

**Cuestionario de primera entrevista**

**Nombre del paciente:**

**C.C**

**Talla (Cm):**

**Peso (Kg):**

**Valor De**

**P.A:**

**1. ¿Toma actualmente el medicamento? SI\_NO\_\_\_\_\_**

**2. ¿Qué medicamentos toma?**

**3. ¿Para qué enfermedad lo toma?**

**4. ¿Quién se lo prescribió?**

**5. ¿Desde hace cuánto tiempo lo toma?**

**6. ¿Cómo lo utiliza?, ¿alguna dificultad en la administración?,  
¿conoce alguna precaución? (normas de uso y administración?)**



7. ¿Los toma a la hora correspondiente siguiendo su prescripción médica o solo cuando se siente mal?
8. ¿Se olvida alguna vez de tomarlo?
9. ¿Alguna vez se ha sentido bien y por eso suspende su tratamiento?
10. ¿Ha presentado alguna reacción negativa a partir de la toma de sus medicamentos?
11. ¿Debido a esas reacciones ha dejado de tomar el medicamento?
12. ¿Ha notado efecto en el tratamiento? SI\_\_ NO\_\_\_\_\_
13. ¿Se ha automedicado estando en el tratamiento farmacológico?

**FIRMA:**

## Fase de repaso

Esquema que realiza una revisión desde la cabeza a los pies.

<b>Fase de repaso</b>	<b>Síntomas presentados</b>
Pelo	
Cabeza	
Oídos, ojos, nariz, garganta	
Boca (llagas, sequedad...)	
Cuello: Manos (dedos, uñas...)	
Brazos	
Corazón	
Pulmón	
Digestivo	
Riñón	
Hígado	
Genitales	
Piernas: Pies (dedos, uñas)	
Músculos: Piel (sequedad, erupción...)	
Psicológico: Parámetros cuantificables (PA, colesterol, peso, altura...)	
Hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio...)	
Vacunas y alergias	

**FIRMA:**